

En ejercicio del control de ejecución, certifico el cumplimiento del objeto y obligación con corte a la fecha de certificación, del siguiente contrato: **Nota (si los datos NO son correctos o NO están diligenciados en su totalidad, NO se puede radicar la cuenta en la Subdirección Financiera y Contable).**

Fecha de certificación:
12-jun-18

Contrato No:	294	Fecha de contrato:	24/01/2018	Nombre Contratista de:	HOTELERIA INTERNACIONAL S.A
No. de factura o documento equivalente:	BMH 397410	Contrato con adición (marque con una X)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	NIT / C.C contratista:	900.087.469-9
Comprobante de ingreso a almacén No:		Pago número:	4	Periodo a pagar:	DE: 19/04/2018 A: 19/04/2018

DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTOS Y/SERVICIOS RECIBIDOS* (con base en el contrato y la forma de pago allí definidas):

***Relacione los productos y/o servicios prestados durante el periodo certificado, o informe de actividades presentado al supervisor del contrato, no es necesario relacionar las obligaciones del contrato.**

Pago del servicios de catering del evento Junta directiva 19 de Abril de 2018

ASÍ MISMO, EN MI CALIDAD DE SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICO CON MI FIRMA LO SIGUIENTE:

- Que los productos y/o servicios relacionados se recibieron a satisfacción; se realizaron durante el periodo referido, y se encuentran detallados en el Informe presentado por el contratista, el cual reposa en la carpeta de supervisión del contrato.
- Que el contratista anexa evidencia de pago al sistema de seguridad social y parafiscales.
- Que recibido el bien o servicio a satisfacción considero procedente que se realice el desembolso o pago y se da el visto bueno correspondiente.

Código Centro de Costo	Nombre Centro de Costo*	Monto a Pagar
CCAS01	Secretaría General	1.150.020
Tipo de moneda	Pesos colombianos	Total (valor a Pagar) 1.150.020

**Para la asignación y/o distribución del (los) Centro (s) de costos del sistema de costeo ABC del Instituto por favor tener en cuenta el instructivo G6.3.A01 "Determinación de centros de Costos"*

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARÍA SOFÍA ARANGO ARANGO
FIRMA:	
CARGO:	SECRETARIA GENERAL


 14.06.18
 10:30am

	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: G3-FT004
		Versión: 1

Con fundamento en lo establecido en el artículo 4 de la Ley 80 de 1993, y los artículos 82, 83,84 y 85 de la Ley 1474 de 2011 y lo establecido por la Resolución 000474 de 2015, se procede a dar a informe de ejecución del contrato No. 294-2018, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	HOTELERÍA INTERNACIONAL S.A. SUCURSAL COLOMBIA – MARRIOT BOGOTA			NIT No.:	900.087.469-9
PERÍODO DEL INFORME:	Desde	19/04/2017	Hasta	19/04/2017	INFORME No.: 4

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	294	Fecha de inicio	24/01/2017	Fecha de terminación	31/12/2017
Objeto del Contrato: De conformidad con la cláusula SEGUNDA, el objeto del contrato se estableció de la siguiente manera: "EL CONTRATISTA se obliga a prestar por sus propios medios los servicios de catering para el suministro de desayunos y/o almuerzos que se requieran en las juntas directivas, comités de investigaciones y demás reuniones que sean realizadas por el ICFES en el 2018."					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: Conforme a la cláusula SEXTA del contrato, el valor del mismo fue por la suma de CATORCE MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE. (\$14.877.058)			VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME: El valor ejecutado es de TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE (\$3.856.242)		
SALDO DEL CONTRATO: ONCE MILLONES VEINTE MIL OCHOCIENTOS DIECISÉIS PESOS M/CTE. (\$11.020.816)			PLAZO DE EJECUCIÓN: De acuerdo a la cláusula NOVENA del contrato, el plazo de ejecución del contrato se contará a partir de cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato hasta el 31 de diciembre de 2018.		
DESARROLLO DEL CONTRATO:		El objeto del contrato se ha venido desarrollando de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> El veinticuatro (24) de enero de 2018 se suscribió el contrato entre las partes contratantes. 			

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

FORMA DE PAGO: De conformidad con lo establecido por la cláusula **SÉPTIMA** del contrato, la forma de pago se indicó de la siguiente manera: "El pago se realizará contra entrega y confirmación y confirmación del menú a servirse el día de cada evento, lo cual se hará como máximo dos días hábiles anteriores a la realización de la Junta Directiva. El pago se realizará siempre que se hayan presentado todos los documentos requeridos;..."

PAGOS QUE SE HAN EFECTUADO A LA FECHA: En virtud de lo anterior, dicho contrato en el aspecto financiero se ejecuta de la siguiente manera:

No. cuenta de cobro	Fecha cuenta de cobro	Concepto	Valor
1	12/03/2018	Pago factura 393094 Comité de investigación	\$1.532.788
2	13/02/2018	Pago factura 393168 Junta directiva	\$1.173.434
3	11/04/2018	Pago factura 39540 Junta directiva	\$1.050.020
4			
5			
6			

PAGO QUE SE EFECTUA A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
					X							

4. DETALLE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

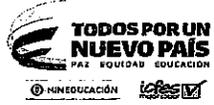
No.	ACTIVIDADES EJECUTADAS	porcentaje de ejecución
1	Servicios de catering junta directiva 19 de Abril de 2018	100 %
2		
3		

5. PRODUCTOS ENTREGADOS (En caso de haber sido pactados)

1	-----
---	-------

6. CONSTANCIAS

El supervisor o interventor **MARÍA SOFÍA ARANGO ARANGO** acreditó que el contrato se ejecutó en el porcentaje correspondiente a satisfacción, el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones pactadas en el mismo, y no se le impusieron multas.

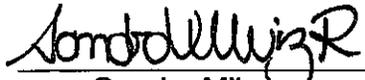
	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: G3-FT004
		Versión: 1

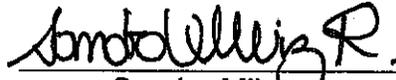
MARÍA SOFÍA ARANGO ARANGO, en su calidad de supervisor del contrato deja constancia que en el marco de lo dispuesto por el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, el contratista ha dado cumplimiento a los pagos por concepto de aportes a los Sistemas de Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales y a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje según corresponda,

7. OBSERVACIONES

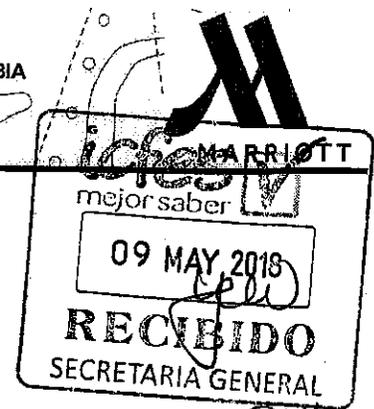
(Relacionar las mejoras o dificultades presentadas en la ejecución del contrato, así como el concepto del supervisor sobre el contratista)

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe en **12 de Junio de 2018**


 Sandra Milena
 Villamizar Reyes
 Elaboró


 Sandra Milena
 Villamizar Reyes
 Revisó


 María Sofía
 Arango Arango
 Aprobó



Fecha : 7 de Mayo de 2018
Date

Compañía : Instituto Colombiano para la Evaluación ICFES
Company

Dirección : Carrera 7 No. 32- 12 Edificio San Martin Torre Sur · Piso 32
Address

Bogota CO

Nit/CC : 860024301
Fiscal ID / ID number

Huesped : Instituto Colombiano para la Evaluación
Guestname

Llegada / Arrival : 19-04-18 **Hab.No. / Room No.** : 9908
Salida / Departure : 07-05-18 **No. Personas / Pax** : 0
Tarifa / Rate : US\$ 0 **No. Reserva / Conf No.** : 4604921

FACTURA DE VENTA No. BMH 397410
 INVOICE

Página No. : 1/1

Cod. Crédito : 8600243016
A/R No.

Cajero / Cashier : DIANA VARGAS

Fecha <i>Date</i>	Descripción <i>Description</i>	Débitos <i>Debits</i>	Créditos <i>Credits</i>
19-04-18	Banquets	1,019,000	
19-04-18	IVA 19%	85,500	
19-04-18	Impoconsumo 8%	45,520	
07-05-18	City Ledger		1,150,020
Total =		1,150,020	1,150,020

NO APLICAR RETENCIONES.
 SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES RESOL. 762/10.
 RENTA EVENTA HOTELERA CONTRATO
 ESTABILIDAD JURIDICA F. LOS ABRIL/2008

Base gravada 19 %	450,000	IVA 19%	85,500
Base gravada 16 %	0	IVA 16%	0
Base Impoconsumo 8 %	569,000	Impoconsumo 8%	45,520
Exentos	0		
Excluidos	0		
Terceros	0		
Total No Gravados	0	TOTAL	1,150,020

FIRMA DEL HUESPED / GUEST SIGNATURE

Destino: SECRETARIA GENERAL



No. 20182100342972

Fecha Radicado: 2018-05-08 16:19:04

Anexos: .



SOMOS EXENTOS DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA, FAVOR ABSTENERSE DE HACER RETENCIÓN A ESTE TITULO "DECRETO 920 DE MARZO 11 DE 2009". ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO SEGUN ARTICULO 779 DEL CODIGO DE COMERCIO.

FACTURA ELABORADA POR COMPUTADOR POR HOTELERIA INTERNACIONAL S.A. RESOLUCION DIAN No. 18762003900194 DEL 05 DE JULIO DE 2017 AL 04 DE JULIO DE 2018, DEL BMH369000 AL BMH450000, ACTIVIDAD ECONOMICA CIU - 5511. REGISTRO NACIONAL DEL TURISMO NO. 18690. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES RESOLUCIÓN NUMERO 000076 DEL 01 DE DICIEMBRE 2016.

ESTADO DE CUENTA / GUEST FOLIO

HOTELERIA INTERNACIONAL S.A. NIT 900.087.469-9 Avenida El Dorado No.69B-53 BOGOTA - COLOMBIA
 (57-1) 4851111 FAX (57-1) 4851112 Marriott.com/BOGMC



Habitación / Room 9925	Compañía / Company Banco Davivienda S.A.	Tarifa / Rate US\$ 0	Salida / Depart 09-05-18
Tipo / Type PM	Huesped / Guestman Banco Davivienda S.A.		Llegada / Arrive 24-04-18 Time 09:47
Recepcionista Room Clerk	Dirección / Address Avenida El Dorado No 68 B 31 Piso Avenida El Dorado No 68 B 31 Piso Bogota CO		Marriott Rewards

FECHA / DATE	DESCRIPCION / REFERENCE	DEBITOS / CHARGES	CREDITOS / CREDITS
24-04-18	Banquets		1,094,450
24-04-18	IVA 19%		144,106
24-04-18	Banquet Service Charge 10		33,600
24-04-18	Impoconsumo 8%		26,880
Total =			1,299,036
	Base gravada / Taxable 19 %	758,450	IVA 19% / TAX 19% 144,106
	Base gravada / Taxable 16 %		IVA 16% / TAX 16%
	Base Impoconsumo 8 %	336,000	Impoconsumo 8% 26,880
	Exentos / Exempt		
	Excluidos / Excluded		SALDO / BALANCE
	Terceros / Third Party	33,600	
	Total No Gravados / Total Non Taxable	33,600	

Firma / Signature X _____

To secure your next stay, go to marriott.com
 Para asegurar su siguiente estancia, Ingrese a marriott.com



Informe del Revisor Fiscal

A la Administración de la Sucursal en Colombia de Hotelaría Internacional S. A.

19 de abril de 2018

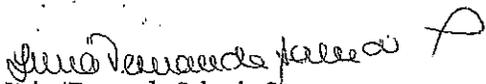
En mi calidad de Revisor Fiscal de la Sucursal en Colombia de Hotelaría Internacional S. A., identificada con Nit. 900.087.469-9, he efectuado los procedimientos de revisión que se detallan a continuación con el propósito de verificar el pago efectuado por la Sucursal por concepto de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante el periodo de seis (6) meses comprendido entre el 1 de octubre de 2017 y el 31 de marzo de 2018. El pago de dichos aportes es responsabilidad de la Administración de la Sucursal como parte de su gestión. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, es emitir un informe sobre el cumplimiento de tales obligaciones.

Los procedimientos de revisión realizados fueron los siguientes:

1. Indagación con el personal del área responsable, en relación con los procedimientos utilizados para la identificación y pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).
2. Obtención del listado de liquidación de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales, y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), preparado por la Sucursal, para el periodo de seis (6) meses comprendido entre el 1 de octubre de 2017 y el 31 de marzo de 2018.
3. Comparación del listado obtenido según se menciona en el numeral anterior, con los documentos soportes de los respectivos pagos efectuados por la Sucursal.

Con base en el resultado de los procedimientos enumerados anteriormente durante el periodo de seis (6) meses, comprendido entre el 1 de octubre de 2017 y el 31 de marzo de 2018, informo que, a la fecha del presente informe, la Sucursal se encuentra al día en el pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Este informe se expide a solicitud de la Administración de la Sucursal, para ser entregado dentro de sus procesos de licitación y legalización de contratos y no debe ser utilizado para propósitos diferentes ni distribuido a otros terceros.


Luisa Fernanda Salcedo S.

Revisor Fiscal

Tarjeta Profesional No. 14622-T

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
NI	900087469-9	HOTELERIA INTERNACIONAL S.A	AVENIDA EL DORADO 63 B-53 SOTANO 1
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DEPARTAMENTO
UNICA	A - Más de 200 col		BOGOTÁ D.C.
		CORREO	CORREO
		alex.pardo@hl.com	
		CUIDAD / MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.
		SI	

DATOS DE LA PLANILLA					
PERIODO COTIZACIÓN		TIPO PLANILLA		FECHA PAGO PLANILLA	
DIFERENTE A SALUD		ARD		20/08/17	
MES	ARD	MES	ARD	NÚMERO PLANILLA	
5	2018	4	2018	337881099	
				TOTAL A PAGAR	
				\$127.232.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Hora Cotización	Valor Hora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSA SALUD EPS S.A.	830113831-0	212.800	0	0	0	0	0	0	0	0	212.800	4
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	1.382.100	0	0	0	0	0	0	0	0	1.382.100	28
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	9.855.200	0	0	0	0	0	0	0	0	9.855.200	47
EPS008	Compensar EPS	860068942-7	5.786.500	0	0	0	0	0	0	0	0	5.786.500	72
EPS010	EPS Sura	800088702-2	2.111.400	0	0	0	0	0	0	0	0	2.111.400	10
EPS016	Comoviva EPS	805000427-1	287.500	0	0	0	0	0	0	0	0	287.500	3
EPS017	Familianar EPS	830003564-7	4.076.100	0	0	0	0	0	0	0	0	4.076.100	54
EPS018	Serv. Doc. Salud - EPS	805001157-2	44.500	0	0	0	0	0	0	0	0	44.500	1
EPS023	Cruz Blanca - EPS	830009783-0	383.400	0	0	0	0	0	0	0	0	383.400	10
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	928.200	0	0	0	0	0	0	0	0	928.200	17
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	894.800	0	0	0	0	0	0	0	0	894.800	17
EPSC34	Recuerdo SCP Capital Salud	900286372-9	424.200	0	0	0	0	0	0	0	0	424.200	6
ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900936126-7	97.700	0	0	0	0	0	0	0	0	97.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aportes Voluntarios Afiliado	Aportes Voluntarios Aportante	Aportes FSP Subsolidaridad	Aportes FSP Subsolidaridad	Días Mora	Valor Hora Cotización	Valor Hora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
280301	Porvenir	800224808-8	26.249.100	0	0	167.100	167.100	0	0	0	26.778.800	118
230001	Old Mutual	800253056-2	680.100	0	0	20.400	20.400	0	0	0	690.900	1
231001	Colombias	800227600-6	15.573.700	0	0	275.900	275.900	0	0	0	16.374.900	37
25-14	Colpensiones	900336004-7	9.271.800	0	0	116.100	116.100	0	0	0	9.504.000	25

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Valor Neto Cotización	Aportes Otros Sistemas	Días Mora	Valor Hora Cotización	Valor Hora a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor								
14-23	Positiva Seguros	86001153-6	4.534.700	0	0	4.534.700	0	0	0	0	45.347	4.534.700	270

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aportes	Días Mora	Valor Hora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información